

Circolare Somministrazione farmaci
Allegato 9
RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI
VISITA GUIDATA / VIAGGIO DI ISTRUZIONE

Al Dirigente Scolastico
I.C. "Mazzarrone-Licodia Eubea"

OGGETTO: richiesta e autorizzazione somministrazione farmaco da parte di personale della scuola in orario scolastico (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti e in qualità di

- genitori
- soggetti che esercitano la potestà genitoriale

di (cognome e nome)nato/a a il..... frequentante la classe della

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola Sec I grado

essendo il minore affetto dalla seguente patologiae constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci durante l'intera durata della visita guidata / viaggio di istruzione in che si terrà dal al, consapevoli del fatto che il personale scolastico resosi disponibile non ha né competenze né funzioni sanitarie, né è previsto da parte loro l'esercizio della discrezionalità tecnica, con la presente

chiedono che

- che al/alla minore siano somministrati, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa

(oppure)

- che al/alla minore siano somministrati, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento..... che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa

(oppure)

- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
 - La vigilanza del personale docente (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - L'affiancamento del personale docente (controllo delle modalità di auto somministrazione)

(oppure)

- che si confermi quanto previsto nella richiesta prodotta in data

I sottoscritti **AUTORIZZANO** il personale della scuola individuato dal Dirigente scolastico, resosi disponibile, a somministrare i farmaci previsti dal Piano terapeutico e **SOLLEVANO** il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità civile e penale derivantisia da possibili errori nella pratica della manovra di

somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico, sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

Si consegnano..... confezioni integre del farmaco denominatoLotto scadenza

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112.

Si precisa che la suddetta richiesta ha validità specificata per la durata del viaggio di istruzione.

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario (All. 2).

Luogo e data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

In caso di sottoscrizione da parte di un solo genitore/tutore

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del richiedente

.....

Numeri di telefono utili:

- Genitore/ tutore.....cell/abitazione.....
- Genitore/ tutore cell/abitazione.....

- Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
- cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare

- nome dello specialista e la struttura di riferimento.....
- tel.....